bulletin épidémiologique hebdomadaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Emploi

et de la Solidarité

Direction générale de la Santé

BEH

Évolution des diagnostics de séropositivité VIH, p. 211

Viennent de paraître, p. 213

N° 49/1998

8 décembre 1998

ENQUÊTE

11 DEC 1998

ÉVOLUTION DES DIAGNOSTICS DE SÉROPOSITIVITÉ VIH EN RAPPORT AVEC UNE TRANSMISSION HOMOSEXUELLE MASCULINE GECSA–DMI2, AQUITAINE, 1985-1997

Emmanuelle BOUZIGON[1], Catherine MARIMOUTOU [1, 2], Patrick MERCIÉ [2], Philippe MORLAT [2], Denis MALVY [2], François DABIS [1, 2].

INTRODUCTION

Depuis le début de l'épidémie d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'homo/bisexualité masculine représente un des principaux modes de transmission du virus aussi bien en France que dans les autres pays industrialisés. Ainsi, les statistiques nationales des cas de SIDA déclarés au 31/12/97 [1] indiquent que ce groupe représente 34,7 % des cas de SIDA déclarés pour l'année 1997 et 45 % du total cumulé des déclarations. Environ un tiers des patients infectés par le VIH de type 1 (VIH-1), enregistrés dans la base de données hospitalière du Groupe d'Épidémiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA) appartient à ce groupe [2].

L'objectif de cette étude est de décrire les tendances séculaires des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH-1 des sujets homo/bisexuels qui ont été inclus en Aquitaine dans le système d'information GECSA-DMI2 et d'étudier les caractéristiques de ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le GECSA coordonne, depuis 1987, un système de surveillance hospitalière des sujets infectés par le VIH-1 en Aquitaine [2]. Quatorze services du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux et quatre services des Centres Hospitaliers de Bayonne, Dax, Libourne et Villeneuve-sur-Lot y participent.

Les critères d'inclusion sont : 1) une infection par le VIH-1 confirmée par un test Western-Blot quel que soit le stade clinique, 2) un âge de 13 ans minimum, 3) au moins un recours dans l'un des services participant (hospitalisation ou consultation), 4) un consentement du sujet. Les données sont recueillies de façon anonyme à chaque recours dans un des services participant à l'aide d'un questionnaire standardisé rassemblant des informations socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques.

La population source comprend 4 971 patients inclus dans ce système d'information entre le 1er janvier 1985 et le 30 juin 1997. L'échantillon étudié est formé par les 1 792 sujets appartenant aux groupes de transmission homo/bisexuel (N = 1 701) ou associant homo/bisexualité et toxicomanie (N = 91).

Les caractéristiques suivantes, mesurées à l'inclusion, ont été analysées : 1) socio-démographiques (âge, nombre de partenaires, utilisation de préservatifs), 2) épidémiologiques (raison du dépistage, date de la dernière sérologie négative, date de la première sérologie positive), 3) cliniques (stade de la maladie, définition CDC 1993, pathologies classantes du stade SIDA), 4) biologiques (taux de lymphocytes $CD4^+$). L'évolution de ces caractéristiques a été étudiée en regroupant les années de diagnostic en trois périodes : avant 1990 (N = 856), 1990-1995 (N = 821) et 1996-1997 (N = 115).

Les variables quantitatives ont été comparées par des tests de Student, de Mann-Withney ou de Kruskal-Wallis et les variables qualitatives par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application. L'étude des tendances séculaires a été réalisée à partir du nombre de nouvelles séropositivités annuelles observées puis estimées par rétrocalcul en tenant compte des délais de report des déclarations [3].

RÉSULTATS

En tenant compte du délai de report des déclarations, le nombre estimé de nouveaux diagnostics annuels s'avère stable depuis 1986 chez les patients homo/bisexuels inclus dans la base de données GECSA-DMI2, autour de 170 à 190 cas par an (figure 1). Sur les dernières années, ce chiffre est trois fois supérieur au nombre estimé de nouveaux diagnostics parmi les hétérosexuels ou les toxicomanes masculins. Chez ces derniers, les nouveaux diagnostics sont en décroissance sensible et régulière depuis 1988, phénomène déjà observé lors d'une étude précédente de notre groupe [4].

La médiane d'âge au diagnostic des sujets homo/bisexuels était de 32 ans (Intervalle Interquartile (IQ) : 27-40 ans) et le délai médian entre le diagnostic sérologique et l'inclusion (première visite hospitalière) était de 122 jours (IQ : 13 – 1 063 jours).

Globalement, près de la moitié des sujets déclaraient avoir eu au moins trois partenaires dans l'année précédant l'inclusion (51 %) et utiliser un préservatif « parfois seulement ou jamais » (47 %). Cependant, les sujets ayant signalé au moins trois partenaires dans l'année écoulée déclaraient plus souvent utiliser occasionnellement ou jamais de préservatif que les autres (58 % *versus* 49 % – $p < 10^{-3}$).

Quelle que soit l'année de diagnostic, plus de 60 % des sujets homo/bisexuels infectés par le VIH-1 étaient asymptomatiques à l'inclusion. Toutefois, depuis 1996 cette proportion a augmenté, devenant supérieure à 70 %.

Les homosexuels diagnostiqués en 1996-1997 sont plus âgés au moment du diagnostic (35 ans en 1996-1997 contre 32 ans pour les deux autres périodes [1990-1995 et avant 1990], $p = 10^{-4}$). Ils semblent avoir un comportement plus à risque, car on a observé sur cette dernière période une augmentation de la proportion de sujets déclarant une utilisation occasionnelle de préservatif (50 % contre 23 % – $p < 10^{-4}$). Par contre, ils déclarent plus souvent des tests de dépistage antérieurs au diagnostic. En effet, la proportion des sujets qui ont réalisé au moins un test diagnostique qui s'est avéré négatif avant celui qui a conduit au diagnostic, est de 39 % pour les années 1996-1997 contre 26 % sur la période 1990-1995 et 3 % avant 1990 ($p < 10^{-4}$).

Les personnes diagnostiquées plus récemment semblent inclues à un stade plus précoce de la maladie. En effet, ils sont de plus en plus souvent inclus au stade A (72 % en 1996-1997 *versus* 65 % entre 1990 et 1995 et 58 % avant 1990 – $p = 0{,}008$), ils paraissent également moins immunodéprimés, avec une proportion de sujets ayant un taux de lymphocytes CD4 > 500/mm^3 à l'inclusion en augmentation (38 % en 1996-1997 contre 23 % en 1990-1995

1. Groupe d'Épidémiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA), INSERM U330, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.
2. Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH), Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux.

La publication d'un article dans le *B.E.H.* n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

et 20 % avant 1990 – $p < 10^{-4}$) ; alors que dans le même temps, on a observé une diminution de la proportion de sujets ayant un taux de CD4 ≤ 100/mm^3 (19 % en 1996-1997 contre 25 % en 1990-1995 et 31 % avant 1990). Toutefois, la proportion de sujets inclus au stade C est restée stable au cours du temps, autour de 20 %.

Les sujets homo/bisexuels avec antécédent de test négatif (N = 284) représentent un peu plus de 16 % de l'échantillon étudié. Ces sujets sont rapidement vus à l'hôpital après leur diagnostic sérologique (délai médian d'inclusion : 29 jours *versus* 196 jours pour les autres – $p < 10^{-4}$). Ils ont tendance à effectuer plus fréquemment un test diagnostique en raison d'un comportement à risque (74 % *versus* 71 %). Ils sont également plus souvent asymptomatiques (87 % *versus* 58 % – $p < 10^{-3}$). De plus, ils présentent plus rarement un affection liée au VIH, soit classante SIDA (2 % *versus* 6 % – p = 0,001), soit non classante SIDA (14 % *versus* 17 % – p = 0,013).

DISCUSSION

Contrairement à ce qui a pu être observé depuis plusieurs années chez les toxicomanes [4], le nombre corrigé de nouveaux diagnostics de séropositivité chez les sujets homo/bisexuels ne diminue pas en Aquitaine. Cette étude montre également que les homo/bisexuels dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée entre 1996 et 1997 déclarent plus de comportements à risque que ceux qui ont été diagnostiqués avant. Toutefois, ces sujets semblent conscients de ce risque et réalisent des tests diagnostiques répétés.

Nous avons constaté que les sujets diagnostiqués sur la période 1996-1997 sont inclus à un stade plus précoce de la maladie et donc peut-être contaminés depuis peu. Il faut, cependant, considérer ce résultat avec prudence car il peut être la résultante de diagnostics réalisés chez des sujets progressant moins vite dans leur infection et contaminés il y a plusieurs années. Ce phénomène pourrait également être expliqué par la connaissance, par ces sujets se sachant à risque, de l'évolution dans la prise en charge des patients et notamment des progrès thérapeutiques. Ce qui pourrait les inciter à la fois à un dépistage et à une prise en charge précoces. On constate d'ailleurs que c'est dans cette période 1996-1997 que se situe la plus grande proportion de patients ayant des antécédents de tests négatifs.

Les variables relatives aux comportements sexuels des sujets étudiés étaient moins bien renseignées avant 1990 qu'après, ce qui constitue un biais d'information. Ces données (nombre de partenaires, utilisation de préservatifs) ne sont par ailleurs recueillies que pour la période des 12 mois précédant l'inclusion et peuvent donc correspondre pour un sujet donné soit à la période précédant la contamination, soit à la période suivant celle-ci, voire se situer après la connaissance du diagnostic de séropositivité. Ce qui limite les conclusions que l'on peut en tirer sur les risques effectivement pris par les patients vis-à-vis de la contamination.

Le groupe de contamination représenté par les sujets homo/bisexuels reste prédominant chez les hommes au sein du système d'information GECSA-DMI2. Ce système n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble des sujets contaminés de la région, cependant il est relativement exhaustif concernant les patients qui y sont diagnostiqués. Plus de 85 % des sujets diagnostiqués dans la région y sont inclus à plus ou moins longue échéance, comme le confirment les données du réseau Aquitain de laboratoires resors-VIH [5].

Le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité VIH-1 semble stable depuis dix ans chez les homo/bisexuels en Aquitaine. L'incitation au diagnostic et à la prise en charge ont pu introduire un biais sur les résultats observés. En effet, le nombre de tests positifs peut être resté stable du fait d'une multiplication de tests sur une population à risque qui elle a pu diminuer, ce que nous n'avons pu mesurer.

En l'état, nos résultats sont en faveur d'une stabilité de la prise de risque dans la population homo/bisexuelle en Aquitaine. Si ces observations se confirmaient, cela pourrait traduire un défaut du dispositif de prévention et surtout de son acceptation au sein de la population homosexuelle en Aquitaine. Il serait peut-être alors envisageable de réaliser des études complémentaires plus ciblées sur ce groupe de contamination en relation avec les acteurs de terrain afin d'étudier notamment les circonstances et motivations de la pratique répétée de tests de dépistage et de réorienter ensuite les actions d'information et de prévention.
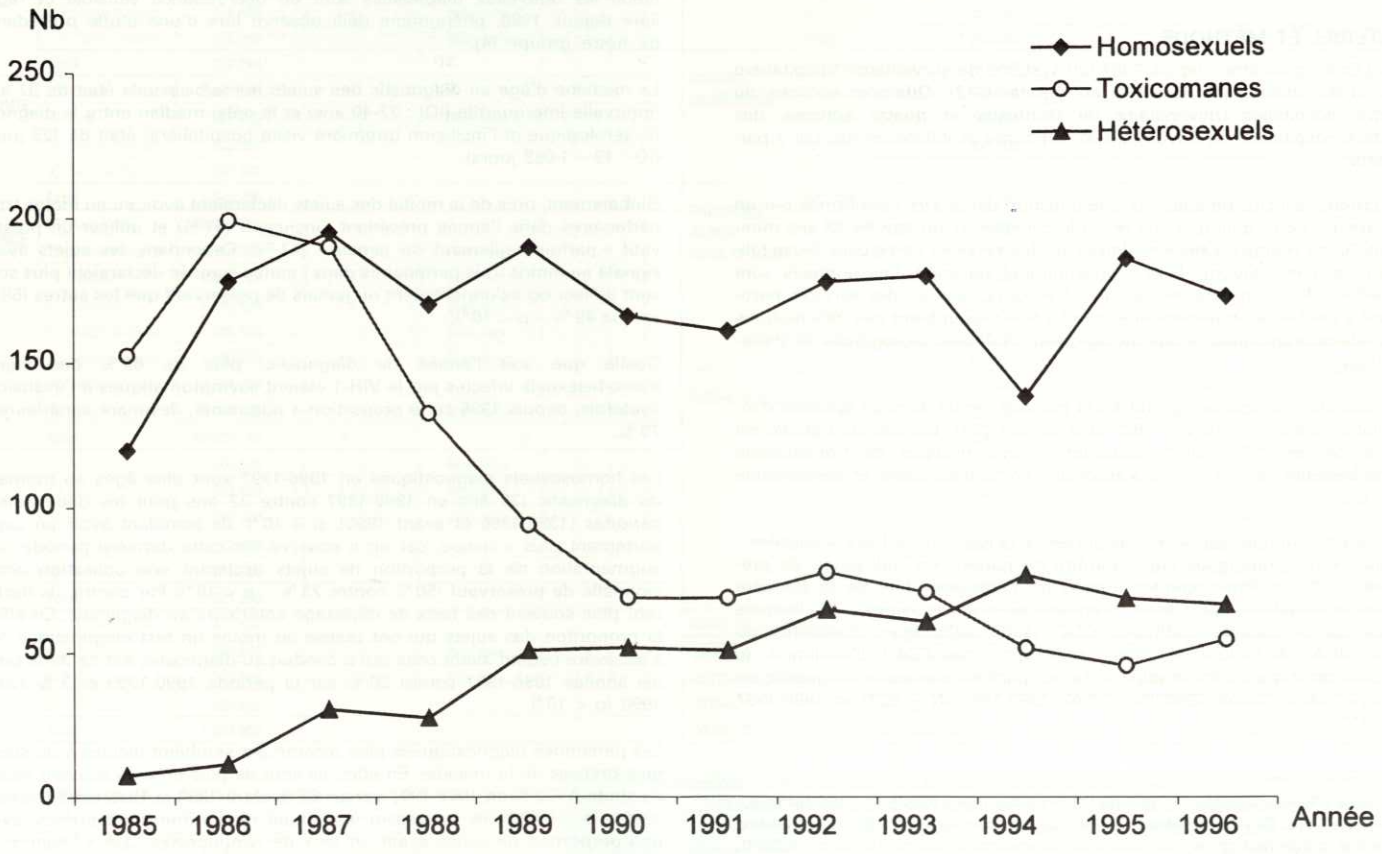
Figure 1 – Répartition du nombre de sujets diagnostiqués séropositifs pour le VIH-1 par groupe de transmission et par année de diagnostic (données estimées)